DU

TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE

PAR DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ

DU

PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juin 1905

PAR

Joseph GUIRAUD
Né à Bassan (Hérault), le 31 mai 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUST. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . DOYEN
TRUC . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale . . . . MM.	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT .
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements . . . . MM.	VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre, Professeur adjoint.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT ED.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT *président.*	MM. GALAVIELLE, *agrégé.*
GUERIN, *agrégé.*	GRYNFELTT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE FRANÇOIS REY

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. GUIRAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ GALAVIELLE

J. GUIRAUD.

INTRODUCTION

L'hémorragie utérine qui survient pendant la grossesse ou pendant le travail est un accident grave, qui effraye à juste titre tous les accoucheurs.

Quand la cause de l'hémorragie est l'insertion basse du placenta, la thérapeutique préconisée, la rupture large des membranes, est incontestablement le meilleur moyen d'hémostase. Mais les avis sont partagés lorsqu'il s'agit d'une hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré ; la conduite à tenir est loin d'être fixée aujourd'hui. Nous nous efforcerons dans ce travail, nous basant sur des faits cliniques, de préciser ce point encore discuté.

Déjà, dans sa thèse, Mlle de Forin avait montré les mauvais résultats de la méthode que préconisait Rousseau-Dumarcet, la large rupture des membranes. Il est des cas où il faut conserver la poche des eaux, qui, par sa tension, pourra arriver à faire une hémostase relative. Nous faisons allusion aux cas où il y a décollement prématuré du placenta normalement inséré, avec hémorragie rétro-placentaire, décollant les membranes, sans écoulement apparent au col. Alors favoriser l'écoulement du liquide amniotique n'est-ce pas en quelque sorte provoquer un nouvel appel à l'hémorragie *ex vacuo* ?

L'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic de cet accident sont bien connus ; aussi ne ferons-nous que les rappeler sommairement. Nous insisterons sur l'historique du traite

ment, montrant les avantages et les inconvénients des diverses méthodes ; enfin, nous appuyant sur les observations publiées à la fin de ce travail, nous établirons un traitement rationnel.

Avant d'aborder ce sujet, nous avons à cœur d'adresser nos plus vifs remerciements aux maîtres distingués qui ont pris soin de nous diriger pendant le cours de nos études.

Que M. le professeur Grynfeltt veuille bien accepter l'expression de nos plus vifs remerciements.

Nous avons contracté envers M. le professeur agrégé Galavielle une dette de reconnaissance ; nous nous en rappellerons toujours sans jamais pouvoir l'acquitter.

M. le professeur agrégé Guérin nous a suggéré le sujet de ce travail : nous le remercions bien sincèrement des bons conseils qu'il nous a donnés, et nous n'oublierons jamais son enseignement si éclairé et si savant.

Nous prions enfin M. le professeur Tédenat d'accepter l'expression de notre parfaite gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DU

TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE

PAR DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ

DU

PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Nous ne nous proposons pas de faire une étude approfondie de cette partie du sujet. Nous laisserons de côté toutes les causes diverses qui ont été attribuées à l'hémorragie utérine : la congestion utérine, la stase veineuse par compression des gros vaisseaux, la toux, la maladie de Basdow, la multiparité, qui, d'après Goodel, amène l'élongation de la fibre utérine et par là l'affaiblit, etc. Toutes ces causes ne reposent sur aucune constatation anatomique et ne peuvent être admises comme causes vraies.

Pour plus de clarté, nous allons diviser l'étiologie en deux grands groupes : les causes non traumatiques et les causes traumatiques. Dans le premier groupe, il en est une assez fréquente pendant la grossesse, et même la plus commune, c'est l'albuminurie. Observez les malades qui présentent un décol-

lement placentaire, et vous verrez que presque toutes ont soit un léger œdème aux membres inférieurs, à la face, soit des troubles de la vision, de la dyspnée, de la douleur épigastrique, etc., enfin tous les signes d'une intoxication gravidique, avec une albuminurie plus ou moins grave. Rousseau-Dumarcet donne comme fréquence de l'albuminurie une proportion de 82,3 pour 100 ; Lehmann ne trouve que 77,4 pour 100 dans la clinique Baudelocque.

On invoque encore l'hydramnios, mais cette cause est liée étroitement à l'albuminurie. En effet, le liquide amniotique trop abondant distend outre mesure la cavité utérine : le placenta suit facilement cette ampliation, si son tissu n'a subi aucune dégénérescence ou aucune infiltration, sinon il se laisse décoller et provoque ainsi la rupture des vaisseaux utéro-placentaires.

A côté de l'albuminurie, il faut signaler les maladies qui prédisposent aux hémorragies et qui ont pu s'accompagner de décollements placentaires : la variole, l'hœmophilie, le choléra. Certaines autres maladies aiguës agissent soit par l'hyperhémie qu'elles produisent, soit surtout par les lésions rénales qu'elles déterminent : la fièvre typhoïde, la malaria, la scarlatine.

Quelles sont les causes traumatiques ? Le traumatisme extérieur ne provoque pas infailliblement le décollement. Il ne suffit pas qu'il soit brutal pour déterminer une hémorragie, mais il faut aussi que les vaisseaux utérins soient friables et que les parois utérines soient faibles.

L'étendue du décollement est en rapport avec la faiblesse des parois utérines et les lésions du placenta et de la caduque, plutôt qu'avec le traumatisme lui-même. Cependant, ce dernier joue un grand rôle. Il peut être minime : un faux-pas, une promenade trop prolongée, une peur, etc. ; mais, en général,

il est beaucoup plus prononcé : une chute, un coup sur le ventre. Ici, nous pouvons rappeler une cause très rare, puisque le professeur Grynfeltt, qui l'a signalée, n'a pu réunir que quatre observations, c'est la version par manœuvres externes : on comprend facilement le mécanisme suivant lequel se fait le décollement. Ce dernier mécanisme de décollement nous fait penser tout de suite à une autre cause, qui fut niée longtemps, mais qui, après l'albuminurie, est la plus fréquente, c'est la brièveté du cordon. Mauriceau le premier l'a admise et en donne une belle description dans son *Traité des maladies des femmes grosses* : « J'ai souvent remarqué, dit-il, dans plusieurs femmes qui ne s'étaient aucunement blessées que leur arrière-faix s'était détaché et entièrement séparé de la matrice à cause que le cordon de l'ombilic de leur enfant était embarrassé et entortillé autour de quelques parties de son corps et particulièrement autour de son cou, ce qui faisait que pour peu que l'enfant pût se mouvoir pour se disposer à sortir, ce cordon, n'ayant plus la longueur et la liberté ordinaires, tiraillait continuellement l'arrière-faix et le faisait ainsi se détacher entièrement de la matrice avant le temps. »

Le fœtus peut jouer un rôle actif ; car, bridé par les divers nœuds formés par le cordon autour de ses membres, si ses mouvements sont assez énergiques, il peut arracher lui-même le placenta. Il peut aussi jouer un rôle passif, soit que les mains de l'accoucheur, par des manœuvres externes, le poussent, comme nous l'avons déjà dit, soit que les contractions utérines soient suffisamment énergiques pour l'engager dans l'excavation, le repousser du placenta et par là être une cause de tiraillements du cordon.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

L'aspect clinique des hémorragies par décollement prématuré du placenta normalement inséré varie selon que l'hémorragie est purement interne ou qu'elle est mixte. Dans le premier cas, ce sont surtout les symptômes généraux qui attirent l'attention. On vous appelle surtout pour une femme qui, arrivée au terme de sa grossesse, vient de subir un traumatisme. Vous la trouvez dans un état voisin du collapsus ; la face pâle, les lèvres décolorées. Le début a été brusque. La femme est agitée, et souvent annihilée sous l'action du choc nerveux qui a suivi cet accident. Les traits sont tirés, et tout le faciès indique la souffrance et la dépression. Le pouls est petit et filiforme, fréquent et à peine perceptible. En plus, souvent, on observe de l'œdème aux malléoles, aux paupières.

Avec ces symptômes généraux, nous trouvons des modifications locales de l'utérus. On est frappé par l'augmentation soudaine du volume de l'utérus. La femme elle-même a conscience de cette augmentation et accuse une tension extrême : il lui semble que le ventre va éclater. A la palpation, on trouve que l'utérus dépasse la ligne où il devrait se trouver normalement ; de plus, il est dur, tendu, « de consistance ligneuse » selon l'expression de Pinard. Au toucher, le col est résistant, les

culs-de-sac sont tendus. Si la femme est en travail et si la dilatation est suffisante, on perçoit une poche des eaux bombant comme dans l'hydramnios.

A l'auscultation, les bruits du cœur du fœtus ne sont pas perceptibles. Tel est le type de l'hémorragie purement interne ou « cachée » (concealed hemorrhage), comme l'ont appelée les médecins anglais. Ici, les symptômes généraux tiennent la plus grande place ; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'hémorragie mixte. Alors le sang a décollé les membranes, s'est fait jour vers le col et apparaît à la vulve. Les symptômes généraux sont rarement aussi prononcés que dans le premier cas : l'attention est surtout attirée par les signes locaux. Tantôt l'hémorragie ne sera réduite qu'à un simple suintement qui attire à peine l'attention, tantôt elle se fera d'une manière continue, abondante, pendant l'intervalle des contractions. Le sang est rouge et liquide; ou ce sont des caillots noirâtres qui ont séjourné dans l'utérus, ou c'est un sérum plus ou moins coloré qui est expulsé. Ici, ce qui domine le tableau, c'est l'écoulement extérieur du sang.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est assez délicat. Combien d'accoucheurs n'ont-ils pas supposé un placenta prœvia, alors qu'à l'autopsie ils constataient un décollement prématuré du placenta normalement inséré ? C'est une erreur commune et souvent difficile à éviter. Cependant, les signes d'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré forment un tableau net et caractéristique. Il faut distinguer les deux cas d'hémorragie interne et d'hémorragie mixte, car les causes d'erreur ne sont plus du tout les mêmes. Soit un cas d'hémorragie interne : Il existe d'autres hémorragies qui simulent jusqu'à un certain point cette hémorragie par décollement du placenta normalement inséré ; ce sont la rupture de l'utérus, la rupture du kyste fœtal et l'hydramnios aigu. Dans la rupture de l'utérus, ce dernier n'augmente pas de volume, au contraire, il diminue. L'utérus rompu ne se contracte plus : il a une forme irrégulière, et parfois on peut percevoir dans le ventre le fœtus qui s'y est engagé à travers la fissure utérine. La douleur est aussi forte, il est vrai, mais l'utérus est moins tendu. De plus, cet accident n'arrive en général que pendant de fortes contractions ; enfin, les membranes sont souvent rompues. Le sang qui s'écoule est noir, poisseux, écoulement qui ne ressemble pas à celui très liquide de l'hémorragie par décollement du placenta normalement inséré.

On a pu confondre dans certains cas l'hémorragie interne avec la rupture du kyste fœtal. Ici, la douleur est plus brusque et plus aiguë, le pouls est de suite petit et filiforme. On constate plus vite les signes d'une hémorragie interne grave. A la palpation, on peut percevoir une tumeur plus ou moins diffuse, mais qui est rejetée sur un des côtés de la ligne médiane. Le toucher montre que les culs-de-sac sont remplis de caillots, formant une tumeur indépendante de l'utérus. Enfin, une péritonite ne tarde pas à se déclarer. On ne confondra pas l'hémorragie utérine interne avec l'hydramnios aigu : le début est peut-être aussi brusque, mais le ventre ne prend pas un développement aussi rapide ; enfin, nous ne constatons pas les symptômes d'une hémorragie interne.

Soit maintenant un cas d'hémorragie mixte.

Le plus souvent on est appelé alors à faire le diagnostic avec le placenta prœvia. Mais, dans ce dernier cas, l'écoulement est insidieux, survient sans cause appréciable, souvent lorsque la femme est au repos, commençant parfois la nuit et n'offrant jamais un début bruyant. L'utérus reste mou, élastique. La femme si elle est anémiée, c'est par la répétition de l'hémorragie, et non pas par son abondance. S'il n'y a pas placenta prœvia au toucher, vous ne trouverez pas de cotylédons, mais une poche fortement tendue. S'il y a placenta prœvia, vous pouvez constater une partie du segment inférieur épaissie : c'est le point où le placenta est inséré. De plus, si vous essayez de fixer la tête fœtale au détroit supérieur, vous avez la sensation d'une certaine résistance élastique opposée par le placenta.

On ne confondra pas l'hémorragie mixte avec l'hémorragie par rupture de varices ; un examen sérieux empêchera de commettre une telle erreur.

Enfin, le diagnostic devient plus ferme dans les deux cas si on trouve dans les urines de l'albumine, ou si on constate les symptômes d'une intoxication gravidique.

CHAPITRE IV

HISTORIQUE DU TRAITEMENT

Cet accident grave de la puerpéralité a préoccupé depuis longtemps tous les accoucheurs.

Ambroise Paré le premier émit une méthode qu'il appliqua, mais il n'en traça pas les règles. Guillemeau, son élève, décrivit le manuel opératoire de son maître, préconisant l'accouchement forcé.

Ce procédé tomba dans le discrédit devant les insuccès qu'il entraîna à cause de l'infection et des désastres mécaniques.

Ces derniers temps, Fournier, d'Amiens, reprit cette idée. « L'accouchement forcé, disait-il, est une lutte d'urgence que l'accoucheur entreprend contre les hémorragies ; lui seul est capable de faire l'hémostase complète, rapide et certaine de l'utérus qui saigne ; c'est la méthode à la fois logique, complète et efficace. Que la femme soit en travail ou ne le soit pas, il faut agir et vider tout de suite l'utérus. »

Du temps de Guillemeau, Louise Bourgeois, bien avant Puzos, émit l'idée de rompre les membranes dans les cas d'hémorragie, même avant le début du travail. « Il faut rompre, disait-elle, les membranes qui environnent l'enfant, ainsi que l'on ferait une porte pour sauver une maison du feu, et le tirer par les pieds. » Louise Bourgeois écrivait cela en 1609, et Puzos est né en 1686. Ce dernier reprit cette idée, et, après avoir fait

la rupture des membranes, faisait la dilatation manuelle du col. A la même époque, Mauriceau écrivait : « De quelque temps qu'une femme soit grosse, quand elle a une perte de sang excessive qu'elle en tombe en de fréquentes syncopes, l'accouchement est le plus salutaire remède qu'on lui puisse donner et à son enfant, s'il est encore vivant. Dans les pertes de sang des femmes qui sont en travail, il faut toujours rompre les membranes des eaux de l'enfant le plus tôt qu'on le peut faire, afin de lui donner lieu de s'avancer au passage, sans pousser ces membranes, qui, étant agitées par l'impulsion des douleurs, augmenteraient encore la perte du sang, en augmentant le détachement de l'arrière-faix où elles tiennent, qui l'avaient causée. »

Un peu plus tard, Baudelocque proteste contre cette rupture prématurée des membranes, tout en l'employant cependant dans certains cas, et préconise le tamponnement, en faisant certaines réserves. « Lorsqu'une hémorragie utérine externe, dit-il, assez abondante pour compromettre les jours de la femme, résiste à tous les moyens indiqués, l'on n'a plus de ressource que d'opposer une digue au cours extérieur du sang et de favoriser son épanchement dans la matrice, afin qu'il devienne un obstacle à celui qui tend continuellement à s'échapper de ses vaisseaux. » Plus loin : « On ne doît jamais avoir recours à la rupture des membranes, à l'évacuation des eaux de l'amnios, à moins qu'il n'existe des contractions utérines bien évidentes. Sans cette précaution, on s'exposerait à n'en obtenir d'autre résultat que de fournir au sang qui s'épanche un espace plus grand en proportion de la quantité d'eau qui s'écoulerait... J'ajouterai que si la perte était arrêtée, le mouvement qui s'opère dans la matrice pendant l'évacuation des eaux pourrait la faire reparaître en changeant les rapports du caillot. »

Avant lui, Leroux, de Dijon, avait préconisé cette méthode, qui consistait à bourrer le vagin de charpie pour former une barrière à l'hémorragie.

Mme Lachapelle estime que le tampon est le seul moyen qui puisse empêcher la femme de succomber quand l'état des parties rend inadmissible toute tentative d'accouchement artificiel ; cependant, elle reconnaît que la septicémie est à craindre.

M. le professeur Tarnier préconise le tampon vaginal antiseptique.

Braxton-Hicks intervient quand il a une hémorragie même sans dilatation ; il perfore les membranes, va saisir un pied et fait tampon avec ce membre inférieur en l'attirant vers l'extérieur. En même temps, il applique l'autre main sur le ventre de la femme. Le pied ainsi amené est maintenu jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour faire l'accouchement : c'est la version bi-polaire.

Barnes est d'avis de rompre les membranes; puis il emploie pour dilater le col un ballon en forme de violon qu'il distend et qu'il remplace par des ballons de plus en plus gros ; et ce n'est que dans les cas où la mère est en danger qu'il termine l'accouchement par la version.

Nous ne ferons que signaler la méthode des incisions du col de Paul Dubois et Duhrssen.

Budin ne rompt les membranes qu'autant que la vie de la femme semble compromise ; sinon, il pense que l'expectation est la meilleure conduite avant tout début du travail.

Mme Henry a toute son attention portée sur le col qu'elle cherche à dilater par tous les moyens ; elle ne rompt les membranes qu'autant que la dilatation est complète. Sa méthode est couronnée de succès ; sur 27 cas qu'elle présente, elle n'observe que deux cas de mort.

Grœffe conseille la rupture de la poche des eaux quand l'ac-

tivité utérine est soutenue, que les contractions sont bonnes ; alors on est en droit d'espérer que la rupture aura pour effet de fortifier encore l'énergie des contractions. Quand la femme n'est pas en danger, il ne faut pas forcer l'accouchement, sous prétexte de sauver la vie de l'enfant, car souvent celle-ci est hors de cause avant toute intervention. Dans les cas très graves, il conseille l'accouchement forcé ou l'opération césarienne suivant les cas.

Pinard fait la large ouverture de la poche des eaux, suivie ou non, selon les cas, du ballon dilatateur de Champetier de Ribes. Nous insisterons plus tard sur cette méthode et nous nous efforcerons de montrer dans quels cas elle ne donne pas les résultats attendus.

Nous arrivons maintenant à un groupe d'auteurs qui protestent contre cette rupture, qui, d'après eux, est souvent intempestive, de la poche des eaux : Winter, Hans Meyer, Holmes, Brunton, Coë, Duncan-Stewart, Patridge.

Winter présenta, à la séance du 9 janvier 1885 de la Société obstétricale de Berlin, trois observations de décollement prématuré du placenta. L'utérus, dans ces trois cas, était extrêmement distendu ; il y avait des signes d'hémorragie interne. Il put constater que plus les membranes étaient tendues, moins abondante était l'hémorragie. Aussi conseille-t-il de conserver la poche intacte aussi longtemps que possible, plutôt que de recourir à l'accouchement forcé.

Hans Meyer, dans le cas d'hémorragie par décollement prématuré du placenta inséré normalement, et sans dilatation du col, préconise l'expectation. L'opération césarienne lui semble hasardeuse à cause de l'état de la femme ; le tamponnement ne saurait arrêter l'hémorragie, car il empêche seulement l'issue du sang au dehors : mais, en revanche, il conseille de

ménager la poche des eaux, qui peut arriver toute seule à faire l'hémostase.

Holmes, lorsque le col n'est pas dilaté, provoque le travail par les ballons de Barnes et termine la dilatation avec la main. Il n'emploie ni le tampon, ni la rupture de la poche des eaux. Si le col utérin est trop épais, il pratique parfois les incisions de Duhrssen.

Brunton rapporte 4 observations d'hémorragie interne où il sauva la mère, dit-il, en conservant les membranes intactes jusqu'à la dilatation complète.

Coë préconise la dilatation manuelle du col, évite avec soin de rompre les membranes ; la poche des eaux, pense-t-il, devant s'opposer à une nouvelle hémorragie interne.

Duncan-Stewart se pose les questions suivantes et les examine longuement. La rupture de la poche des eaux, avant la dilatation du col, accélère-t-elle le travail ? supprime-t-elle l'hémorragie ? Nous reviendrons plus loin sur cette discussion très intéressante ; nous nous contenterons maintenant de citer textuellement la conclusion de sa critique : « On peut conclure, comme règle générale, que, dans tous les cas d'hémorragie interne occasionnée par la séparation accidentelle du placenta, la rupture des membranes, avant la dilatation complète de l'orifice utérin, n'est ni d'un effet assuré, ni rationnel. »

Patridge lui aussi proteste contre la rupture prématurée de la poche des eaux avant la dilatation complète : et il conseille, pour arrêter l'hémorragie, « de tamponner la cavité utérine avec le liquide amniotique », de conserver intacte la poche qui remplit ce rôle.

Avant de terminer ce court exposé d'opinions des différents auteurs, nous dirons quelques mots sur le ballon de Champetier de Ribes, qui rend chaque jour de si éclatants services. Champetier, en créant son ballon, se proposait « de transfor-

mer l'accouchement provoqué en un accouchement gémellaire, dans lequel le premier enfant serait réduit à la tête ». Le ballon joue ici le rôle de la tête, qui dilate le col et les parties molles et fraye un passage au fœtus renfermé dans la cavité utérine.

Le ballon augmente la pression intra-utérine et par là peut faire l'hémostase ; c'est ce que la poche fait dans les cas d'hémorragie purement interne. De plus, il dilate le col progressivement en s'introduisant de proche en proche dans le segment inférieur, puis, refoulé par les contractions, il ouvre un passage à l'enfant à travers les parties molles.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Beaucoup de méthodes ont été proposées, mais cette diversité nous laisse dans l'incertitude. Et cependant devant un accident aussi grave, on préfèrerait avoir des règles bien définies ; il est donc bien permis d'hésiter avant de se poser des idées fixes et claires sur la conduite à tenir.

Le tamponnement répond-il aux indications qui se posent dans les cas d'hémorragie par décollement du placenta normalement inséré ? Si la dilatation est complète, il n'y a pas à hésiter; il faut faire l'accouchement tout de suite, et le tampon serait plutôt nuisible. C'est surtout dans les cas où il n'y a pas dilatation et où le travail n'a pas encore commencé. L'hémorragie est interne, le tampon ne servira de rien, car la poche des eaux joue ce rôle. Le sang n'apparaît pas au col, il serait ridicule d'essayer le tamponnement dans ces conditions. C'est dans les cas seulement d'hémorragie mixte que le tampon peut être employé. La première question à se poser est celle-ci : Le tampon arrête-t-il vraiment l'hémorragie ? Le sang peut très bien ne plus couler à la vulve, mais comment saura-t-on qu'il ne s'accumule pas au dessus ? Questions bien difficiles à résoudre. C'est un procédé qui peut arrêter l'hémorragie, mais qui donne une sécurité trompeuse. En outre, le tamponnement est

fort difficile à bien faire dans les hôpitaux, à plus forte raison l'est-il dans la clientèle. Il est douloureux pour la femme et une cause de gêne pour l'évacuation des réservoirs vésical et rectal.

Les chances d'infection pour la mère sont grandes ; enfin, on obtient par ce procédé des résultats déplorables.

Varnier qui a fait la statistique des différentes méthodes de traitement, donne les plus mauvais résultats au point de vue de la mortalité maternelle au tamponnement.

Le seul tamponnement vraiment logique est celui du segment inférieur par le ballon de Champetier.

Il est une autre méthode employée par la majorité des accoucheurs, et qui ne nous paraît pas, dans certains cas particuliers, remplir les indications : nous faisons allusion à la rupture de la poche des eaux.

Avant de discuter la valeur de cette méthode dans les différents cas et pour plus de simplicité, éliminons tous les cas d'hémorragie par décollement du placenta normalement inséré, où la dilatation est complète. L'indication est d'agir tout de suite, et de vider l'utérus ; or, rien ici n'empêche de le faire, tout le monde est d'accord.

Considérons maintenant le cas où la dilatation est incomplète et ne permet pas une extraction immédiate. Tantôt l'hémorragie est interne, sans écoulement au col, ou avec un écoulement insignifiant ; tantôt l'hémorragie est mixte, et l'hémorragie externe prend des proportions inquiétantes. Dans le premier cas, l'utérus a augmenté de volume ; il est dur, tendu, de consistance ligneuse : de plus, nous avons des symtômes graves d'hémorragie interne : dans le second cas, ce qui nous frappe c'est l'écoulement extra-utérin qui a pris un caractère inquiétant : le sang qui sort des vaisseaux a décollé les membranes pour s'échapper à travers le col. Dans ces deux

cas, la conduite à tenir n'est pas la même, et c'est surtout au premier que s'applique le raisonnement que nous allons émettre sur l'influence de la rupture des membranes : nous allons les examiner chacun à part.

Dans les cas d'hémorragie interne, sans dilatation suffisante pour permettre une délivrance immédiate, la rupture de la poche des eaux est contre-indiquée : le meilleur moyen pour assurer l'hémostase est de conserver l'œuf intact. Nous allons essayer de le prouver, nous basant sur des faits cliniques et sur des arguments qui nous paraîtront les plus rationnels. Soit une hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré, hémorragie interne principalement. Les symptômes généraux s'aggravent, la femme est pâle, le pouls est petit, l'utérus dur et volumineux. Alors, en général, on rompt largement les membranes, même avant tout travail, sans se préoccuper, par conséquent, si la dilatation est suffisante : car on part de cette idée que la rupture en diminuant la tension intra-utérine, augmentée par l'hémorragie, permet à la fibre utérine de se contracter avec efficacité et d'exercer aussi une sorte d'auto-compression sur le fœtus qu'elle rencontre, et, par là, de faire l'hémostase et d'accélérer le travail. De plus, on préconise de rompre largement la poche pour qu'il n'y ait pas de tiraillements du placenta par les membranes et, en particulier, par le cordon. Duncan-Stewart, cité plus haut, proteste contre cette pratique généralement recommandée, et se pose deux questions auxquelles il essaye de répondre. Certes, nous ne partageons pas complètement son opinion qui nous paraît trop exclusive, et nous croyons à l'opportunité de la rupture dans certains cas : mais la discussion est si intéressante, que nous nous proposons de la résumer.

1° La rupture des membranes avant que l'orifice soit dilaté retarde-t-elle ou accélère-t-elle l'expulsion de l'enfant ? Dun-

can-Stewart fait remarquer qu'il arrive bien souvent que vers la fin de la grossesse, les membranes se rompent accidentellement, et pourtant il faut quelquefois attendre longtemps pour que l'utérus commence à se contracter. « On ne peut donc, dans aucun cas, dit-il, prononcer avec certitude que la rupture des membranes déterminera immédiatement la contraction de l'utérus. » Bien plus, il ajoute : « Il est également reconnu que l'évacuation prématurée des eaux prolonge la durée du travail de l'accouchement. »

Et pour le prouver, il décrit l'action de la poche, qui poussée par les contractions, s'adapte à l'orifice du col, et agit sans l'irriter comme un moyen très efficace ; tandis que les eaux écoulées, la tête rigide pèse sur l'orifice et occasionne une contraction irrégulière de l'utérus, la rigidité du col et, par conséquent, la lenteur de sa dilatation. Les douleurs sont plus fréquentes et plus douloureuses, et pourtant le travail est toujours prolongé. Il attribue ces douleurs à un effet d'une contraction spasmodique de l'utérus, occasionnée par le contact immédiat de ses parois sur le corps de l'enfant.

2° La rupture, avant toute dilatation, est-elle un moyen certain de supprimer immédiatement l'hémorragie? « La diminution qu'occasionne l'évacuation de l'eau dans le volume des vaisseaux utérins, doit être fort légère, et la quantité de ce fluide étant très variée, il est impossible en quelque cas de se faire une idée exacte du degré de contractions qui peut résulter de la rupture des membranes. » Et plus loin, il suppose même que l'utérus se contracte et diminue le diamètre de ses vaisseaux : « Tant que le fœtus est dans l'utérus, le même mode de circulation continue : et sous ce rapport, les fonctions de cet organe n'éprouvent que fort peu de changement. La quantité du sang qui circule dans ses vaisseaux n'étant pas diminuée,

leur action doit en être nécessairement augmentée, et l'hémorragie au lieu de s'arrêter, continue encore. »

Pourquoi l'hémorragie continue-t-elle et même augmente-t-elle, Duncan-Stewart ne l'explique pas suffisamment. C'est que la tension sanguine intra-vasculaire augmente par le fait de la diminution de la pression intra-utérine. C'est d'après une loi physique : l'hémorragie continue et augmente même parce que le liquide qui lui faisait contre-pression a été évacué. De plus, Duncan ne fait pas de distinction entre le cas où cette pression intra-utérine existe et augmente, grâce à une hémorragie interne, et les cas où cette pression diminue à chaque instant grâce à une hémorragie externe.

Patridge estime que la rupture des membranes, lorsqu'il n'y a pas travail, et avec des symptômes graves d'hémorragie interne, non seulement n'enraye pas l'hémorragie, mais, en l'augmentant, met en péril la vie de la femme. « Si l'utérus, dit-il, ne se contracte pas promptement et d'une façon permanente après la sortie du liquide amniotique, un ample espace reste libre à une autre extravasation du sang. » De plus, le décollement du placenta augmentera beaucoup plus fréquemment par ce vide partiel du contenu utérin que par d'autres causes. Même dans les cas de collapsus, alors que les symptômes sont très alarmants, il se demande s'il y a un fondement suffisant pour faire la rupture prématurée des membranes. Car, après réflexion, il déclare qu'il est impossible de préjuger, dans ces cas, si c'est une action nerveuse ou l'abondance de l'hémorragie qui est la cause de cet état grave.

Enfin, en terminant, il recommande pour sauver l'enfant et la mère, quand la délivrance immédiate ne peut se faire, le col étant incomplètement dilaté, « de préserver par tous les moyens les membranes intactes et, pour cela, de tamponner la cavité utérine avec le liquide amniotique. » Si le col est

suffisamment ouvert, il conseille alors de rompre les membranes.

Ces discussions sont très intéressantes, mais elles n'apportent pas la clarté que l'on voudrait dans la conduite à tenir dans tous les cas. Nous concevons très bien pourquoi il faut quelquefois conserver cette poche des eaux, qui, par sa contre-pression, empêchera le décollement de s'étendre et pourra assurer l'hémostase. Mais il est des circonstances où cette pression intra-utérine n'existe plus, lorsque le sang, ayant décollé les membranes, sort à travers le col ; alors la rupture n'est plus contre-indiquée.

Duncan-Stewart et Patridge ne l'ont pas suffisamment indiqué. Nous nous efforcerons, dans la fin de ce travail, de tracer une ligne de conduite nette et claire, et, en même temps, de répondre à certaines objections qu'on a faites à cette théorie et qui ne nous semblent pas absolument justifiées.

M. le professeur agrégé Guérin eut l'obligeance de nous communiquer l'observation I de notre thèse : en la lisant, nous fûmes frappé par les phénomènes graves qui se sont produits lors de la rupture des membranes.

La malade était une albuminurique qui ne suivait pas de régime, malgré les conseils de son médecin. A plusieurs reprises, elle souffrit de vertiges, de maux de tête et avait de l'œdème aux malléoles. Le 28 avril, une hémorragie interne se produisit : le ventre devint dur, très tendu, douloureux, les mouvements fœtaux ne furent plus perçus. L'état reste stationnaire pendant la journée, mais, dans la nuit, brusquement les membranes se rompent, et aussitôt, la malade, prise de sifflements d'oreilles, de bourdonnements, tombe en syncope. L'utérus était dur, tétanisé : la douleur était continue : on nota un léger écoulement sanguin par la vulve.

Dans cette observation, la nature elle-même nous donne une

leçon et nous montre les dangers de la rupture des membranes dans les hémorragies internes par décollement du placenta normalement inséré, lorsque l'extraction du fœtus ne peut être immédiatement opérée. La raison en est bien simple, nous l'avons indiquée plus haut. L'hémorragie se fait entre l'utérus, le placenta et les membranes : diminuer la pression qui, de l'autre côté, dans la cavité utérine, contrebalance la tension intra-vasculaire, n'est-ce pas détruire l'équilibre qui s'était établi entre la tension sanguine et la pression intra-utérine ; l'équilibre rompu, l'hémorragie reprend. L'intégrité de l'œuf doit être conservée pour remplir le rôle d'auto-tampon, comme dit M. Guérin, dans certains cas, mais non pas dans tous. Il ne faut pas être l'esclave d'une méthode ou en être l'ennemi obstiné. La rupture est indiquée chaque fois que la tension intra-utérine ne peut s'élever assez pour ralentir l'hémorragie.

On a fait plusieurs objections que voici :

On a dit que, frappée d'atonie, la portion de l'utérus où s'était produit le décollement placentaire se laissait distendre par l'hémorragie qui pouvait alors être mortelle sans apparaître à l'extérieur. C'est possible, mais très rare. Et même, en admettant son existence, il nous semble qu'il sera encore facile par la palpation de se rendre compte de cette atonie : le globe utérin ne sera plus dur, ligneux, mais aura toujours une zone pâteuse et mollasse.

Et puis ceux qui nous objectent que la partie utérine où le placenta est décollé est atone et, par conséquent, se laisse distendre par le sang, n'admettent-ils pas qu'en rompant les membranes cette même partie va se contracter avec le reste de l'utérus et assurer l'hémostase ? Est-ce la rupture des membranes qui lui rendra sa contractilité et sa rétractilité ? En vidant partiellement la poche de son liquide, les partisans de la

rupture croient que le muscle va se rétracter et arrêtera l'hémorragie ; cette rétraction sera-t-elle suffisante et assez complète ? Personne n'ignore que, dans les hémorragies de la délivrance, la présence seule de quelques caillots empêche l'utérus de se contracter suffisamment pour faire l'hémostase, et qu'il faut les enlever tous pour faire cesser la perte.

Qu'on évacue 200 à 500 grammes de liquide sur le contenu utérin, il restera toujours encore du liquide, le fœtus et le placenta, qui occuperont un volume total de plus de 5.000 centimètres cubes, c'est-à-dire décuple. Pensez-vous alors avoir une rétraction suffisante de l'utérus pour fermer les vaisseaux saignants ? Non seulement on n'arrêtera pas l'hémorragie, mais il est probable que la pression intra-utérine diminuant, l'hémorragie augmentera jusqu'à ce que la tension soit dans la poche amniotique égale à celle qui existait avant la rupture.

Il est un autre danger, conséquence de la moindre pression intra-ovulaire dont M. Rousseau-Dumarcet, dans sa thèse, nous a donné la meilleure preuve. Il donne le dessin d'un utérus congelé, qui est examiné au moyen d'une coupe pratiquée d'avant en arrière. La rupture des membranes avait été faite tout au commencement du travail et la femme succomba peu après.

Nous renvoyons pour l'observation et la description du caillot à notre observation X.

Ce dessin nous fait penser que si le liquide amniotique était resté pour faire contre-pression à la tension vasculaire, le décollement placentaire ne se serait pas effectué sur une surface aussi vaste.

Enfin, les résultats sont déplorables : Mlle de Forin nous donne, dans sa thèse, une statistique. Sur 62 observations d'hémorragies internes par décollement du placenta normalement inséré avec dilatation incomplète, 34 fois on rompit

prématurément les membranes : 21 femmes succombèrent, c'est-à-dire une mortalité maternelle de 61,7 pour 100. Dans les 28 autres cas, où on conserva intacte la poche jusqu'à complète dilatation, il y eut seulement 9 morts, soit une mortalité maternelle de 32.5 pour 100.

En résumé, dans les cas d'hémorragie interne avec dilatation insuffisante, il faut respecter la poche des eaux, dilater le plus rapidement possible l'orifice utérin et ne rompre les membranes qu'autant que la dilatation est complète. Dans les cas très graves, où il y a urgence à finir l'accouchement tout de suite, l'indication d'une césarienne peut se poser.

Dans notre second groupe, l'hémorragie est mixte, mais c'est l'écoulement extérieur qui domine la scène. Nous n'avons plus ici les mêmes raisons à conserver l'œuf intact, car la pression intra-utérine ne peut s'élever suffisamment pour ralentir l'hémorragie, le sang fuyant entre l'œuf et l'utérus. Dans ce cas seulement la rupture des membranes peut être indiquée, et encore pas dans tous les cas. Lorsqu'il y a présentation du sommet et que l'on peut espérer que l'extrémité céphalique viendra faire tampon sur le segment inférieur sans qu'aucun obstacle ne paraisse gêner sa descente, alors rompez les membranes et vous arriverez ainsi à transformer votre hémorragie mixte en hémorragie interne. Le sommet viendra s'appliquer sur le segment inférieur, empêchera l'écoulement du sang vers l'extérieur et permettra à la pression intra-utérine de s'élever suffisamment pour faire l'hémostase. En dehors de ce cas, il ne faut pas rompre les membranes, et puisque celles-ci ne remplissent plus leur rôle, il faut avoir recours d'emblée au ballon dilatateur et obturateur de Champetier de Ribes. Vous transformez ainsi votre hémorragie mixte en hémorragie interne. Celle-ci ne cessera pas tout de suite, la pression intra-utérine

n'est pas encore suffisante pour l'enrayer, mais le ballon la ralentira et donnera le temps de faire la dilatation et, par là, de vider l'utérus plus vite que par la rupture des membranes. L'opération césarienne ne serait indiquée que dans les cas d'extrême urgence.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris. 19 mars 1903. Communiqué par M. Guérin-Valmale)

Mme C..., quartipare, âgée de 29 ans, sans profession, jouit habituellement d'une bonne santé ; rien dans ses antécédents, ni dans ceux de ses parents, ne mérite d'être signalé. Ni elle, ni son mari n'offrent la moindre trace de syphilis.

Ses deux premières grossesses se sont terminées près du terme par la naissance d'enfants morts. A la troisième, je fus consulté et constatai de l'albuminurie. Je mis aussitôt la malade au régime lacté absolu, puis, après disparition de l'albuminurie, à un régime lacté mixte. Elle accoucha à terme très normalement d'un garçon qu'elle put nourrir.

Deux ans après, survint une quatrième grossesse. Les dernières règles avaient duré du 20 au 25 août. Les premiers mois se passèrent sans incident. Au début de février et de mars, les urines examinées ne contenaient pas d'albumine ; malheureusement, depuis lors, malgré mes recommandations, on négligea d'en faire de nouveaux examens.

Le 28 avril, à 6 heures du matin, je suis précipitamment appelé auprès de cette femme. Depuis quelques jours, elle avait de l'œdème aux malléoles, elle souffrait des maux de tête et

éprouvait de vagues malaises avec, par moments, perte très marquée de la mémoire. La veille, dans la journée, son ventre était devenu très dur et très tendu, en même temps que très douloureux ; il lui paraissait même plus volumineux. A plusieurs reprises elle éprouva des vertiges et, depuis lors, les mouvements fœtaux n'ont plus été perçus.

Cette nuit, après une vive agitation, ayant enfin trouvé le sommeil, elle a été brusquement réveillée par un écoulement vaginal d'un peu de liquide incolore. Aussitôt, prise de sifflements d'oreille, de bourdonnements, de bruits de cloches, elle est tombée en syncope.

Bientôt elle reprit connaissance, mais resta brisée et souffrant violemment du ventre. La douleur était continue et ne ressemblait nullement à celles de ses précédents accouchements. A partir de 3 heures, on nota un léger écoulement sanguin par la vulve.

A 6 heures, je la trouve couchée, sans force et très angoissée : elle est très pâle, bouffie, le pouls bat 124. L'utérus, quoique la grossesse soit à peine de 8 mois, monte à plus de huit travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; il est dur, tétanisé ; la palpation en est impossible et tout contact est très douloureux.

Aussitôt mes mains désinfectées, au moment où j'allais pratiquer le toucher, la femme, en deux efforts, expulse un petit enfant, immédiatement suivi d'un flot de sang liquide et de caillots noirâtres. La main, portée sur l'abdomen, trouve l'utérus déjà rétracté et ne peut que refouler hors du vagin deux ou trois caillots.

Après sa délivrance, la femme eut un petit malaise, bientôt dissipé.

Les suites de couches furent très simples ; l'accouchée re-

prit rapidement ses forces et, vingt jours après l'accouchement, elle se levait et paraissait en excellente santé.

Les urines émises la veille de son accouchement, dans la soirée, furent examinées ; elles contenaient une forte proportion d'albumine.

L'enfant, né mort, pesait 1.600 grammes ; il était du sexe féminin comme les deux premiers.

Le placenta, très mince et largement étalé, portait une vingtaine de noyaux fibrineux blanchâtres, de dimensions variant entre une pièce de 50 centimes et une pièce de 5 francs. Près d'un bord, un large caillot était sus-jacent à une grosse truffe noirâtre, toute récente et ouverte à l'extérieur. Les membranes longues de tous côtés, témoignaient de l'insertion haute, presque frontale du placenta, car de leur côté le plus court, elles ne mesuraient pas moins de 14 centimètres, et c'était sur le bord diamétralement opposé au foyer hémorragique récent.

Enfin, le sang liquide et la masse de caillots expulsés presque en même temps que l'enfant formaient un volume considérable, dont le poids n'était pas moindre de 1200 à 1500 grammes.

Depuis cette époque, je n'ai jamais perdu de vue cette femme qui conserva une très bonne santé. Quelques mois après, débuta une nouvelle grossesse. Pendant toute sa durée, la gestante fut mise préventivement à un régime fortement lacté : elle n'eut jamais d'albuminurie et accoucha spontanément et normalement d'un second garçon très beau qu'elle nourrit actuellement sans fatigue.

Observation II

Clinique obstétricale et gynécologique, Montpellier

(Inédite)

Hémorragie par décollement du placenta normalement inséré. — Hémorragie externe. — Rupture des membranes.—Cessation de l'hémorragie. — Accouchement simple. — Enfant mort.

La nommée D. F..., profession de ménagère, âgée de 36 ans, multipare (IV gest.). Entrée à la Maternité le 18 novembre 1904.

Antécédents héréditaires. — La mère est morte à 34 ans d'une maladie de l'estomac ; le père et une sœur sont en bonne santé.

Antécédents personnels généraux. — A été nourrie au sein ; elle ne sait rien sur le début de la marche ; elle n'a jamais été malade.

Antécédents personnels génitaux. — La menstruation s'est établie à 12 ans. En général, pendant la menstruation, elle a des douleurs dans le bas-ventre.

Elle eut la première grossesse à 23 ans ; l'accouchement simple, sans complications et suite de couches physiologiques.

La deuxième grossesse à 26 ans ; l'accouchement simple, sans complications.

La troisième grossesse à 29 ans ; l'accouchement simple.

Les trois enfants nés ont été nourris par la mère et se portent bien.

I. *Commémoratifs.* — *Grossesse actuelle.* — Elle eut les dernières règles le 22 mars : nous serions donc à sept mois et demi environ.

Elle perçut les premiers mouvements actifs à la fin août.

Pendant la grossesse, elle eut des vertiges, des crampes dans les jambes, une grande faiblesse. Depuis une dizaine de jours, elle a de l'œdème des membres inférieurs, de la face et des mains.

II. *Examen direct.* — Le 17 novembre, dans la nuit, la femme éprouva des contractions utérines douloureuses, et peu de temps après, a une hémorragie très abondante. La femme a des bourdonnements d'oreilles ; la vue est trouble ; elle a des sueurs froides. On envoie chercher un docteur, qui, en présence de l'état grave de la malade, rompt la poche des eaux et décide la femme à entrer à la Maternité.

A son arrivée, on constate que la femme est très pâle, fortement œdématiée ; il y a des flots d'albumine dans les urines. Le pouls est à 140, la température, 37°3.

L'utérus est dur, il remonte à huit travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pas de bruits du cœur fœtal. Au toucher, le col est effacé, dilaté comme un franc ; *présentation du sommet engagé.*

On ne sent pas le placenta par le toucher. *Pas d'hémorragie externe ;* injection de sérum artificiel, caféine. Les contractions utérines sont très bonnes et la femme accouche à quatre heures du soir d'un enfant mort pesant 2 kil. 280. Immédiatement après l'expulsion du fœtus, on voit sortir du vagin un nombre considérable de caillots avec le placenta qui est expulsé spontanément.

L'accouchement et la délivrance ont été presque simultanés. A l'examen du délivre, on constate que le placenta n'était pas inséré sur le segment inférieur de l'utérus.

On y trouve trois ou quatre noyaux fibrineux, traces d'hémorragie ancienne. On n'y trouve pas de dépression dans le tissu placentaire, ce qu'on constate habituellement dans le dé-

collement du placenta normalement inséré. L'état de la femme s'améliore notablement, son pouls est à 112 pulsations.

Les suites de couches furent normales ; la mère sortit de la clinique le 3 décembre, bien portante.

Remarque. — L'hémorragie nocturne était très abondante à *l'extérieur*. Lors de l'examen premier du confrère, la tête était mobile au détroit supérieur, mais prête à s'engager, ce qu'elle fit dès la rupture de la poche des eaux.

Observation III

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Guérin-Valmale (Inédite)

Le 15 avril dernier, à 1 heure du matin, on venait me prendre de la part d'un confrère pour me rendre dans un village voisin.

En arrivant, je trouvai une jeune femme primipare, âgée de 23 ans, en travail depuis deux jours et l'accouchement ne paraissait pas progresser.

Le 13, dans la soirée, étant au lit, la jeune femme avait senti des douleurs violentes, vertiges, gêne respiratoire et une tension extrême de son ventre.

Le docteur, appelé le lendemain, constata une grossesse de sept mois environ, un début de travail, avec présentation du sommet en O. I. G. A., col en voie d'effacement, mais il fut frappé par l'état grave de la malade qui lui parut œdématiée très fortement. L'examen des urines permit de reconnaître une quantité énorme d'albumine qu'on ne put doser.

A mon arrivée, bien que la grossesse ne fut qu'à sept mois, l'utérus arrivait à l'appendice xyphoïde ou bien près, ayant

plus de huit travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il était dur, tétanisé, ligneux. La palpation était impossible, l'auscultation aussi vaine.

Au toucher, col dilaté comme un franc, tête engagée, poche intacte, très tendue ; segment inférieur ligneux.

La femme, saucissonnée par l'œdème était blafarde, ses muqueuses absolument décolorées ; son pouls à 120, température, 38°4.

Très excitée, bien que sans forces, elle avait un subdélire continuel et ses yeux ne voyaient plus aucun objet, à peine percevait-elle une vague clarté dans un brouillard quand on plaçait la lampe devant son visage.

Je pratiquai aussitôt la dilatation artificielle du col, surtout par la méthode de Bonnaire, puis je rompis les membranes et fis immédiatement une application de forceps. L'enfant, mâle, était mort, et, derrière lui, fut expulsée une masse considérable de caillots et de sang liquide, au milieu desquels se trouvait le placenta, présentant l'aspect typique du placenta prématurément décollé avec une insertion normale. Il offrait une forte cupule remplie d'un volumineux caillot avec tous les caractères cliniques. L'utérus revint bien vite sur lui-même.

L'infection de cette femme gagna rapidement, et le confrère qui la soignait m'a depuis déclaré qu'elle était morte une quinzaine de jours après en pleine urémie.

Dans cette observation, bien que le décollement prématuré du placenta ait paru débuter le 13 au soir, grâce à l'intégrité de l'œuf et à l'engagement de la tête, l'hémorragie resta interne et partant plus modérée, et la femme put rester ainsi jusqu'au 16 au matin. L'accouchement fut possible, et si la femme a succombé plus tard, ce n'est pas à cause de l'hémorragie, mais par suite de son infection inévitable dans un pareil milieu et surtout à cause de ses lésions rénales.

Observation IV

(Séance obstétricale et gynécol. de Berlin. Séance du 9 janvier 1885.
Winter.— 1re observation)

X..., domestique, 40 ans, primipare, entrée à l'hôpital le 30 juillet 1884.

Grossesse de huit mois. Depuis dix semaines, œdème des jambes, nausées, céphalalgie. Il y a douze heures, la malade a commencé à ressentir de violentes douleurs abdominales et lombaires ; en même temps légère hémorragie. Depuis ce moment, les mouvements du fœtus ont cessé de se faire sentir.

Au moment de l'entrée dans le service, il s'était produit une élévation de l'utérus. Il dépasse maintenant d'un travers de main l'espace qu'il devrait occuper, étant donné l'âge de la grossesse ; l'utérus est dur ; c'est à peine si, à travers ses parois, on peut sentir les parties fœtales. Les battements du cœur ne sont pas perceptibles.

Douleurs continues avec exacerbations revenant régulièrement. Le col est mou, entr'ouvert : le canal cervical et l'orifice interne ne sont pas perméables. Œdème modéré de la face, des mains, de l'abdomen et des membres inférieurs. En outre, tout le corps est recouvert de pétéchies de dimensions variables ; la peau présente une légère teinte jaunâtre.

Les urines sont claires, peu abondantes et renferment une grande quantité d'albumine. Au microscope, on n'y trouve pas d'éléments figurés. Le travail continue lentement et l'hémorragie prend des proportions telles que l'on doit à plusieurs reprises pratiquer le tamponnement : l'utérus augmente encore de volume et de tension.

Dix heures après l'entrée de la malade, l'orifice interne s'est

entr'ouvert et on sent derrière lui la poche des eaux qui bombe fortement. Dès que l'orifice permet l'introduction de la main, on fait la version. La rupture de la poche des eaux donne issue à un flot de liquide clair.

On extrait un petit fœtus présentant déjà des signes de macération ; derrière la tête vient une masse de sang liquide et des caillots.

Le placenta est exprimé environ une demi-heure après ; il est dans la totalité aplati et aminci, sauf sur une zone de la largeur d'un doigt, occupant la moitié de sa périphérie, laquelle zone ne paraît pas altérée. Toute la partie aplatie est recouverte de caillots adhérents. Il n'y avait plus de doute, c'était un décollement prématuré du placenta.

Après l'accouchement, la patiente est modérément affaiblie.

Involution normale. Pendant les suites de couches, pas de nouvelle hémorragie à la peau et sur les muqueuses.

Le 10 août, la malade sort de l'hôpital, ne présentant plus que quelques traces d'albumine dans les urines. Quant aux œdèmes, ils ont presque complètement disparu.

Observation V

(Séance obstétricale et gynécologique de Berlin. Séance du 9 janvier 1885. Winter. — 2e observation)

X..., 26 ans, secondipare, grossesse de 8 mois. Depuis longtemps faiblesse générale (pâleur, céphalalgie, œdème des jambes avant la grossesse), vingt-quatre heures avant son entrée à l'hôpital, aurait ressenti en faisant son ménage des douleurs subites dans le ventre et aurait constaté une augmentation subite et notable du volume de l'abdomen. En même temps serait apparue une hémorragie peu abondante.

A son entrée, sa pâleur est frappante ; les membres inférieurs, ainsi que le visage, sont très œdématiés.

L'utérus est plus volumineux et plus tendu que normalement ; on ne peut sentir aucune partie fœtale, à l'auscultation pas de battements du cœur. Le col est entr'ouvert ; la poche des eaux bombe fortement à travers le segment inférieur, on sent un ballottement très net.

L'urine est rare, trouble, contient beaucoup d'albumine et de nombreux cylindres d'espèces différentes.

Le travail marche lentement : l'écoulement sanguin continue, peu abondant ; à la rupture des membranes il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique (2000 grammes environ). L'expulsion de l'enfant qui était mort, est suivie d'une abondante quantité de sang liquide et coagulé. Délivrance spontanée quelques minutes après : le placenta est fortement aplati et couvert d'un coagulum sanguin, fortement adhérent, sauf sur une zone étroite d'aspect normal. Il n'y avait plus à douter sur le diagnostic d'un décollement prématuré du placenta avec les signes d'hémorragie interne et externe, et mort du fœtus. Suites de couches normales. Trois semaines après l'accouchement la malade présentait la même pâleur des téguments, les mêmes œdèmes et la même quantité d'albumine qu'au moment de l'accouchement.

Observation VI

(Séance obstétricale et gynécologique de Berlin. Séance du 9 janvier 1885 Winter. — 3e observation)

X.... primipare, entrée le 18 novembre 1884. Le commencement de la grossesse remonte à 7 mois. Cette femme toujours bien portante auparavant, souffre depuis deux mois

d'œdèmes de la face, des mains et des pieds ; ces œdèmes augmentent de plus en plus et la forcent à rentrer à l'hôpital.

L'utérus a un développement normal. L'examen permet de reconnaître une présentation de O. I. G. A. Les battements du cœur s'entendent très bien et les mouvements actifs sont nettement perceptibles.

L'urine est peu abondante, de couleur foncée sédimenteuse et présente au microscope des cylindres hyalins, des débris de cellules et des épithéliums graisseux.

Deux jours après son entrée, la malade est prise brusquement d'une hémorragie, bientôt surviennent de violentes douleurs au niveau du sacrum et des vomissements. On constate, en même temps, que le volume de l'utérus a notablement augmenté : le fond de cet organe dépasse de 2 ou 3 travers de doigt le point qu'il occupait avant l'hémorragie. Les battements du cœur cessent d'être perceptibles et le palper ne permet plus de sentir les parties fœtales.

L'écoulement sanguin continue assez abondant : la malade s'affaiblit notablement, le pouls devient plus petit. Le canal cervical s'entrouvre peu à peu sans que cependant il y ait des contractions bien nettes. La poche des eaux est flasque, ridée. Il y avait très peu de liquide, comme on peut s'en rendre compte plus tard.

Le travail marche lentement, la poche des eaux se rompt spontanément et donne issue à 100 grammes, au plus, de liquide amniotique. Dix-huit heures après l'apparition des premiers accidents, la patiente expulse un fœtus mort derrière lequel sort une quantité de sang liquide et de caillots qu'on peut évaluer à un kilogramme environ.

Bientôt après le placenta est expulsé : il présente les mêmes altérations que dans les deux cas précédents.

L'utérus se contracte bien et l'hémorragie s'arrête. Involu

tion normale. Le 30 novembre, jour de la sortie de la malade, l'œdème des jambes a presque complètement disparu ; les urines ne contiennent presque plus d'albumine.

Notes de Winter lui-même sur ces trois dernières observations

Nous ne pouvons mieux faire que de résumer les réflexions que les trois dernières observations firent faire à Winter, lui-même :

« Si on compare ces observations avec celles données par Goodel et par Brunton, on peut constater une ressemblance presque absolue de symptômes. Le haut degré d'anémie et de collapsus est ici l'arrière plan, bien que les causes, qui les provoquent (forte hémorragie externe et tension exagérée de l'utérus) existent. Par contre, il ne manque aucun symptôme objectif. Les parois de l'utérus étaient distendues *ad extremo*. Dans le premier cas, la poche des eaux bombait très nettement dans le canal cervical ; dans le second cas, elle bombait, mais c'était dû à un certain degré d'hydramnios ; dans le troisième cas, cela ne peut se produire, car il y avait très peu de liquide amniotique, environ 80 à 100 grammes.

« L'auteur attribue la différence de la quantité de l'hémorragie, entre les deuxième et troisième cas, à la différence dans la quantité du liquide contenu dans la poche, bien que le décollement fût de même importance. Dans le troisième cas, la poche était molle et opposait peu de résistance au sang qui s'écoulait, aussi l'hémorragie fut abondante. Par contre, dans le deuxième cas, où l'hydramnios exerçait une forte contre-pression, l'hémorragie externe fut faible, l'hémorragie interne moyenne : il n'y avait pas de collapsus et d'anémie, bien que le

décollement du placenta fût aussi étendu que dans le troisième cas. Après avoir dit que dans les cas, où les parties molles le permettent, il faut faire un accouchement rapide, l'auteur se pose la question de savoir comment on se rendra maître de l'hémorragie, bien qu'elle survienne vers le milieu de la grossesse ou lorsque le canal cervical est peu modifié.

» Ici, dit-il, deux méthodes sont proposées : Goodel préconise la rupture précoce des membranes, afin que l'utérus en partie vidé, se contracte mieux, et ferme ainsi les vaisseaux béants ; de plus les douleurs doivent se produire plus facilement, ce qui n'arrive pas dans l'utérus trop distendu. La méthode contraire se trouve dans les grands traités allemands et dans le travail de Brunton. Partant de cette idée que la forte compression du liquide amniotique dans la poche des eaux et que la distension cependant limitée des parois de l'utérus empêche l'hémorragie d'aller au-delà d'un certain degré, ils ne conseillent la rupture de la poche que lorsque la terminaison opératoire de l'accouchement peut se faire tout de suite ou lorsque la terminaison spontanée peut se produire, dès l'écoulement des eaux. Il semble que mes trois observations apportent une preuve à la justesse de cette dernière opinion. Chez les trois femmes, la poche fut conservée intacte aussi longtemps que possible pour éviter une nouvelle hémorragie interne. Dans le premier cas, on rompt les membranes lorsque la dilatation est de cinq francs, parce que l'accouchement était trop long ; la version combinée fut faite, et l'enfant extrait aussitôt. Dans les observations II et III, les membranes furent rompues, lorsque la dilatation était presque après. Mes trois observations me permettent d'appuyer l'opinion de rompre les membranes tardivement. »

Observation VII

(Loir aîné — Revue médicale, 1844)

(Résumée)

La dame Darbet, âgée de 30 ans, d'une bonne constitution, est devenue enceinte pour la première fois.

La grossesse, qui datait du mois de septembre, n'avait rien offert d'anormal, il existait seulement une légère bouffissure de la face. Le 25 avril, elle eut des accès de cépalalgie, éblouissements et des bourdonnements d'oreilles qui deviennent de plus en plus fréquents : le pouls était plein. Quelques instants après la malade éprouva un malaise subit et une sensation extraordinaire dans le bas-ventre. Quelques heures après, elle se leva. Le 3 mai, en se promenant, elle éprouva tout-à-coup une sensation pénible dans le bas-ventre, qui s'irradiait vers le rectum et les reins.

Le médecin appelé constata une augmentation du volume du ventre, qui est dur. Le col n'était point effacé. Le 5 mai, les symptômes s'aggravent. Pendant la nuit, on accélère la dilatation du col, et lorsque celle-ci atteint les dimensions d'une pièce de deux francs, le docteur Loir rompt les membranes.

Les douleurs ne deviennent pas plus fréquentes ; au contraire, elles étaient presque nulles. L'utérus devient plus résistant, plus tendu que la veille : on ne constatait pas, dans l'intervalle des douleurs, la mollesse qu'on observe habituellement.

Le col étant trop résistant, le docteur Loir le fendit, saisit le pied gauche, puis le droit et termina l'accouchement avec

promptitude. L'enfant était mort, le cordon enroulé deux fois autour de son cou.

Pendant la version, il s'écoula un sang fluide avec quelques caillots, et après l'enfant sortit une grande quantité de sang liquide noir et de caillots, difficile à évaluer. Il n'y avait pas de trace de liquide amniotique.

Le placenta adhérait encore en partie. Ramené, il était entier, tout recouvert de sang sur sa face utérine, et offrait vers son centre une grande cavité remplie de caillots. Deux autres épanchements, plus petits, se trouvaient dans le voisinage. Le sang y était infiltré, sans communication avec l'extérieur.

La mère expira quelques instants après l'accouchement.

Observation VIII

(Trans. obstetr. Soc. of. London. 1872-1873)

(Résumée)

A la suite d'une promenade, Mme E..., ressent à 11 heures du matin, une vive douleur dans le bas-ventre. Bientôt les symptômes s'aggravent : collapsus, peau froide, pouls imperceptible, forte douleur dans la région épigastrique, et sensation de tension abdominale avec étouffement.

Au toucher, il n'y a rien d'anormal. Le volume du ventre n'est pas augmenté, il n'y a pas travail : deux heures plus tard, il y a des contractions manifestes, avec suintement de sang par ce vagin. On rompt les membranes, et l'on administre l'ergot. La gravité du collapsus impose une délivrance immédiate, mais le col reste fermé, il est impossible d'y intro

duire la main. La femme meurt non délivrée 7 heures après le début du travail.

Autopsie. — Un tiers du placenta était décollé, aplati, dur, dégénéré. Une grande quantité de caillots, recouvert d'un dépôt jaunâtre, remplissait le cul-de-sac formé par le placenta et les parois utérines. Les membranes n'étaient pas décollées à la partie inférieure. L'hémorragie était purement interne.

Observation IX

(Weatherly. — Brit. med. journal. 1878)

(Résumée)

Femme de 34 ans. Le Dr Weatherly, appelé, la trouva froide, sans pouls, les jambes œdématiées, l'abdomen extrêmement distendu. Depuis 4 heures, la malade ressent des douleurs dans les reins, la veille elle avait glissé dans l'escalier.

Le col était mou, dilaté à peu près comme une pièce de 1 franc. La tête se présentait. Les membranes étaient déchirées depuis quelques heures, et le liquide amniotique était teinté de sang. Intervention immédiate.

Dilatation digitale du col, pendant deux heures, suivie de la version. On trouve le placenta complètement décollé, dans le fond de l'utérus, qui était rempli de gros caillots. L'enfant était mort. Son extraction a été suivie d'un écoulement de sang considérable, puis la femme commença à délirer et mourut quelques heures plus tard.

Observation X

Décollement prématuré du placenta normalement inséré, par brièveté du cordon (Thèse de M. Rousseau-Dumoncet. — Pinard et Varnier, Etudes d'anatomie obstétricale normale et pathol. Paris, 1892.)

Au mois de mai 1890, M. le Dr Richemont-Dessaigne fit apporter à la clinique Baudelocque l'utérus d'une multipare,

qui prise brusquement au huitième mois de sa grossesse d'une hémorragie formidable, fut amenée exsangue à la Maternité de l'hôpital Beaujon.

Le fœtus était mort. Le col paraissant commencer à se dilater, on rompit les membranes et l'on pratiqua le tamponnement. La femme succomba quelques instants après.

Suit la coupe montrant un caillot qui situé entre le placenta, les membranes et l'utérus, sépare le placenta de son ancienne zone d'insertion. Ce caillot épais à son centre jusqu'à 3 centimètres 6, s'effile en pointe sur les bords supérieurs et inférieurs du placenta : il ne s'arrête pas au niveau du bord supérieur ; là, il se prolonge encore entre la paroi utérine et les membranes décollées, jusqu'à près de 3 centimètres plus loin, où il est arrêté par l'adhérence des membranes à la paroi antérieure, adhérence qui, de son côté, se maintient jusqu'à 1 centimètre 5 de l'orifice interne du col où se trouve la lèvre antérieure de l'orifice membraneux.

Au niveau du bord inférieur, le caillot se prolonge en pointe jusque dans le canal cervical, décollant les membranes jusque et y compris le rebord postérieur de l'orifice de rupture, s'insinuant ensuite entre la tête fœtale et la paroi du segment inférieur.

Remarque. — Nous avons déjà parlé dans le cours de la discussion précédente de ce décollement dû à la rupture prématurée des membranes.

Observation XI

(Résumée)

Recueillie dans le service de M. le professeur Tarnier, tirée de la thèse de Mlle Forin

La nommée B...., âgée de 30 ans, entre le 1er octobre, à 10 heures du soir, à la clinique, et le 3 octobre, à 9 heures du soir, à la salle d'accouchement.

A son entrée à la clinique, elle avait perdu, depuis la veille à midi, une quantité de sang assez notable ; la dernière apparition des règles a eu lieu le 15 février 1891.

Au pouls, on reconnaît la tête engagée en O. I. G. A., et à l'auscultation on ne perçoit ni les battements du cœur du fœtus, ni le bruit du souffle utérin.

Par le toucher, le doigt arrive sur une extrémité céphalique ramollie. Il n'y a pas eu de traumatisme antérieur, pas d'albumine dans les urines, malgré un léger œdème des malléoles.

A son entrée à la clinique, le 1er octobre, le travail est déjà commencé, le col est large comme une pièce de deux francs, hémorragie externe très peu abondante. Dès ce moment, mauvais état général, dureté de l'utérus, mort fœtale, tout fait penser à un décollement placentaire, avec probablement hémorragie interne et légère hémorragie externe.

Le 3 octobre, à 6 heures du soir, douleurs violentes ; à 8 heures 30, dilatation complète ; à 8 heures 45, rupture des membranes. L'accouchement spontané se fait à 9 heures 25.

L'enfant est mort et macéré.

La femme a eu quelques tranchées la nuit, mais pas d'élévation de température.

Observation XII

Recueillie dans le service de M. le professeur Tarnier. Thèse de Mlle Forin (Résumée)

La nommée P... Lucie, âgée de 27 ans, entrée à la clinique le 25 juin 1892.

Pendant la grossesse, elle a souffert de maux d'estomac et de palpitations ; pendant les trois derniers mois elle a eu de

l'œdème généralisé, ou des douleurs épigastriques, de la céphalagie et des troubles de la vue.

Le 27 avril, sans cause connue, survint une perte, qui a duré trois jours, accompagnée de douleurs dans le bas-ventre. Le 25 juin, elle entre à la clinique. A 11 heures du soir, une forte douleur se fait sentir et quelques taches de sang apparaissent sur la chemise de la malade. A 4 heures du matin, surviennent les vraies douleurs du travail avec un léger écoulement externe. La dilatation est celle d'une pièce de deux francs. Les battements du cœur fœtal sont nuls. L'engagement est nul. Le travail a duré quatre heures. Siège complet S. I. G. Rupture spontanée des membranes au moment de l'expulsion qui a eu lieu à 8 heures. L'enfant meurt une demi-heure après sa naissance. Placenta 430 grammes : offrait sur un point de sa surface, près de la circonférence, un caillot irrégulier, mesurant 7,9 centimètres de diamètre et 2,5 centimètres d'épaisseur. L'hémorragie a certainement précédé le travail, puisqu'on trouve une dépression sans déchirures du tissu placentaire. Suite des couches normales. Femme sortie guérie.

Observation XIII

(Mme Henry.—Annales de gynécologie. Nov. 1901)

(Résumée)

La nommée P..., multipare, amenée à la Maternité, le 16 août 1886, à 2 heures 30 du matin ; elle a 8 accès d'éclampsie, elle arrive souillée de sang sur toute la surface du corps. Par les organes génitaux, cette femme perd aussi des caillots : son mari dit que l'hémorragie se continue depuis la veille 10 heures du soir. Cette malade est très affaiblie, d'une pâleur ex-

trême, son pouls est à peine perçu à la radiale ; il bat 140 fois par minute : la température est à 36°6

L'examen obstétrical permet de constater que la tête est à l'hypogastre, le dos à gauche, l'extrémité pelvienne au fond de l'utérus. Pas de bruits fœtaux à l'auscultation. Le diagnostic d'hémorragie interne n'est pas fait.

Femme non en travail. Sommet ; col court, ouvert et ferme ; membranes entières ; urines très albumineuses.

Mme Henry voit en arrière de l'orifice un relief ressemblant à un point du bord placentaire ; elle rompt les membranes : l'hémorragie s'arrête, car le sommet vient s'appliquer sur l'orifice et fait tampon. L'état d'affaiblissement s'accentue et la malade meurt. Autopsie : placenta inséré loin de l'orifice.

Observation XIV

(Lehmann. — Thèse de Paris, 99)

(Résumée)

La nommée Marie S..., âgée de 25 ans, secondipare.

Dernières règles : du 8 au 14 octobre 1891.

Le 14 avril, à la suite d'un effort fait pour soulever son enfant, elle ressentit une vive douleur dans le ventre et fut prise de vomissements ; elle perdit un peu de sang. Le soir, elle rentra à la clinique Baudelocque.

Examen obstétrical. — Utérus très tendu.

Présentation : siège très élevé.

Engagement : non effectué.

Le palper est difficile, mais cependant, à travers deux contractions, on perçoit la tête au fond de l'utérus.

Au toucher, on sent une dilatation comme deux francs.

A ce moment, la femme perd une très petite quantité de

sang (environ 40 grammes). Mlle Vaillant tente la version par manœuvres externes. Les bruits du fœtus sont de plus en plus faibles. A minuit, la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt spontanément. Mlle Vaillant va saisir le pied antérieur et l'extraction ne présente pas de difficultés.

Le placenta vient aussitôt derrière le fœtus dont il coiffe la tête. Le fœtus, né vivant, meurt au bout de 30 minutes. La femme est partie en bon état le 17 mai.

Observation XV

(Mme Henry)

(Résumée)

La nommée Vincent, primipare, entre à la Maternité le 13 juin 1892, à midi. Elle souffre depuis le matin 8 heures et perd un peu de sang.

Examen obstétrical. — Palper : utérus développé comme pour une grossesse de huit mois ; on trouve de l'empâtement vers la corne gauche ; en même temps on détermine un peu de douleur.

Auscultation : on ne perçoit aucun bruit du cœur.

Toucher : col long, ouvert ; présentation du sommet. Les contractions utérines continuèrent avec peu d'intensité ; elles ne deviennent énergiques que le 14 juin. A 3 heures du soir, la dilatation est complète : les membranes se rompent. A 11 heures 45, l'accouchement se termine spontanément. L'enfant est mort et macéré. Aussitôt après l'expulsion du fœtus, il s'échappe des caillots noirâtres qui sont recueillis et pèsent 450 grammes.

Les suites de couches furent normales.

CONCLUSIONS

Ce qui précède nous permet de préciser les indications de la rupture prématurée de la poche des eaux dans le cas d'hémorragie par décollement du placenta normalement inséré, et de tracer un mode de traitement plus net de ce grave accident.

1° La dilatation est complète ; il faut rompre les membranes et vider tout de suite l'utérus.

2° La dilatation n'est pas complète :

a) L'hémorragie est interne ; il faut conserver l'œuf intact et dilater le plus rapidement possible l'orifice utérin ; si l'état de la femme est trop grave et trop urgent, l'indication d'une césarienne peut se poser.

b) L'hémorragie est mixte ; si l'enfant se présente par le sommet, il faut rompre les membranes, car la tête viendra faire tampon sur l'orifice utérin et transformera l'hémorragie mixte en hémorragie interne ; en même temps, dilater le col le plus rapidement possible.

Si l'enfant ne se présente pas par le sommet, conserver la poche intacte et appliquer d'emblée le ballon dilatateur et obturateur de Champetier de Ribes ; l'hémorragie externe se ralentira et même peut-être cessera, et vous donnera le temps de vider l'utérus, soit après la dilatation artificielle, soit par la césarienne dans les cas très graves.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1721 MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées.

1818 DUNCAN STEWART (C.-A.). — Traité des hémorragies utérines, traduit par Mme Boive.

1831 BANCHOCQUE (C.-A.). — Traité des hémorragies internes de l'utérus.

1871 BRUNTON. — British medical Journal.

1872 BASSET. — Trans. obstetr. Soc. of London.

1874 CHARPENTIER. — Leçons sur les hémorragies puerpérales faites à la Faculté. Archives de tocologie.

PILAT. — Hémorragies au début du travail par suite du décollement prématuré du placenta. Annales de gynécologie.

1881 PATRIDGE. — Accidental ante portum hem... New-York Medical Journal. p. 561-571.

1883 CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris.

1885 WINTER. — Société obstétricale et gynécologique de Berlin. Séance du 9 janvier 1885.

1886 PINARD. — De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain. Annales de gynécologie, t. I.

1888 BUDIN. — Progrès médical, tome I, p. 43.

1891 Mme HENRY. — De l'hémorr. utérine mixte pendant les grossesses, et accouchement sans insertion vicieuse du placenta. Annales de gynécologie, tome II.

COE. — Concealed accid. hem. during labor with a report of a fatal case. American Journal obst. New-York.

HANS MEYER. — Correspondenz. Blatt. f. schwersen Aerzte, n° 7. 1er avril 1891.

Cagny. — Thèse de Paris, n° 49.
Graeffe. — Annales de gynécologie, tome II.
Mlle de Forin. — Thèse de Paris.
Rousseau-Dumarcet. — Thèse de Paris.
1893 Maksud. — Thèse de Paris.
Hubert Bertrand. — Thèse de Paris.
1894 Bué. — Archives de tocologie et de gynécol., tome XXI.
1897 Puech. — Gazette des hôpitaux.
Gottschack. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré. (Centrabl. f. Gyn. 26 juin 1897, n° 25, p. 819).
Benkisen. — Traitement des hém. pendant la grossesse et le travail. (Centrabl. f. Gyn., 17 juillet 1897. n° 28).
1898 Masson. — Thèse de Paris.
Lehmann. — Des hém. rétro-placentaires. Thèse de Paris.
Lop. — Presse médicale, 2 juillet 1898.
1899 Weller. — Thèse de Nancy.
Fieux. — Hém. par décollement du placenta normalement inséré. (Revue mensuelle de gynécol. obstétr. et pédiatrie de Bordeaux).
1900 Cresson — Thèse de Lille.
Fournier. — Congrès international de médecine.
Schull. — Hém. intra-amniotique due au décollement du placenta normalement inséré. Revue médicale de l'Est, p. 289.
1901 Lelong. — Thèse de Paris.
Ruhl. — Un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. (Centralbl. f. Gyn. 16 novembre 1901).
Tarnier et Budin. — Traité d'obstétrique.
1903 Guérin-Valmale. — Bulletin de la Société obstétr. de Paris. Séance du 19 mars 1903.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 juin 1905
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 juin 1905
Le Doyen.
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !